

DE
L'OSTÉOMYÉLITE AIGUE
CHEZ L'ADULTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juin 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI BLANCHON

Né le 16 Août 1869, à Saint-Julien en Saint-Alban (Ardeche)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1895

DE
L'OSTÉOMYÉLITE AIGUE
CHEZ L'ADULTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juin 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI BLANCHON

Né le 16 Août 1869, à Saint-Julien en Saint-Alban (Ardèche)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	WEILL.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	BARRAL,
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC.	PERRET.	ROQUE.	MOREAU id.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), Président; M. BARD, Assesseur; MM. JABOULAY et ROCHET Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JABOULAY

AVANT-PROPOS

Nous nous proposons, dans ce travail, d'étudier l'ostéomyélite aiguë chez l'adulte. On considère généralement aujourd'hui cette affection comme apparaissant exclusivement chez des individus en pleine période de croissance. Or, il existe des cas relativement nombreux où le praticien se trouve réellement en présence de lésions ostéomyélitiques chez des personnes âgées. Il importe donc qu'il soit prévenu de l'existence de cette maladie à tout âge pour être ainsi à l'abri des erreurs de diagnostic et pour pouvoir traiter ces lésions comme il convient.

C'est à M. le D^r Jaboulay, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des Hôpitaux, que nous devons l'idée première de notre travail. Nous n'oublierons pas avec quelle bienveillance ce maître nous a toujours accueilli,

n'épargnant ni son temps, ni ses conseils pour nous permettre de mener à bien notre tâche. Que l'expression de notre plus vive reconnaissance lui soit acquise et que l'hommage de notre profonde gratitude témoigne du souvenir constant de son zèle empressé dans le cours d'une grave maladie.

Que M. le Dr Vinay, médecin des Hôpitaux, soit persuadé également que nous n'avons pas oublié l'admirable dévouement qu'il nous a manifesté en cette circonstance.

M. le professeur Pollosson a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous l'en remercions vivement.

DE

L'OSTÉOMYÉLITE AIGÜE

CHEZ L'ADULTE

CHAPITRE PREMIER

Etiologie.

On admet que l'ostéomyélite aiguë telle qu'on la rencontre habituellement, c'est-à-dire, dans l'adolescence a une prédilection marquée pour le sexe masculin. On attribue généralement cette préférence à l'influence du traumatisme et des exercices violents auxquels se livrent les jeunes garçons. Dans ce cas, on peut considérer le traumatisme comme étant le point de départ des phénomènes inflammatoires qui se passent au niveau de l'os et qui aboutiront à la suppuration.

Or, nous nous occupons actuellement de l'ostéomyélite évoluant chez des sujets adultes et frappant primitivement d'emblée, en dehors de toutes causes extérieures provo-

catrices, traumatismes ou autres, des individus en pleine santé.

Nous ne pouvons donc pas chez l'adulte attribuer aux traumatismes la place prépondérante qu'il occupe dans l'étiologie de la maladie chez l'adolescent. Aussi devons-nous admettre que l'affection se rencontre avec une égale fréquence dans les deux sexes. Devons-nous aussi attribuer à la nature du terrain une influence particulière sur le développement de la maladie comme de nombreux auteurs ont cru devoir le faire chez l'adolescent? On a, en effet, incriminé la scrofule et le rachitisme auxquels on avait une certaine tendance à rattacher l'ostéomyélite, allant même jusqu'à admettre un tempérament délicat chez les individus atteints de cette maladie. Mais on pense actuellement qu'il n'en est rien et qu'une pareille assertion n'est nullement justifiée. Du reste, si nous examinons avec soin les antécédents pathologiques des malades sur l'observation desquels nous nous appuyons, il nous est impossible de recueillir le moindre indice à ce sujet. Il nous semble également qu'il faille complètement négliger dans l'étiologie de la maladie le rhumatisme, la syphilis et la tuberculose au sujet desquels nos observations sont absolument muettes. Nous pensons donc pouvoir, avec juste raison, laisser de côté d'une façon complète la nature du terrain dans l'étiologie de l'ostéomyélite aiguë chez l'adulte.

Mais si au point de vue étiologique nous admettons qu'il n'existe aucune prédisposition naturelle, il nous paraît indispensable d'admettre l'existence d'une porte d'entrée aux agents provocateurs de l'ostéomyélite, et, comme le dit M. le professeur Lannelongue « cette porte

d'entrée est bien petite quelquefois, bien peu largement ouverte ; depuis la simple dent malade jusqu'aux croûtelles aux fissures de la peau, il y a mille voies ouvertes au staphylococcus, véritable origine du mal ». Que la voie suivie par le microbe nous apparaisse nettement ou au contraire qu'elle soit cachée et échappe aux plus minutieuses investigations, nous devons toujours admettre son existence. Trois de nos observations sont muettes à ce sujet et il n'est pas possible de découvrir le chemin par lequel les micro-organismes ont pénétré dans l'économie. Mais, par contre, cette porte d'entrée nous apparaît nettement dans l'observation III. Nous voyons en effet que notre malade a présenté deux mois avant l'apparition des accidents osseux actuels un anthrax de la région de l'épaule qui nécessita une intervention chirurgicale et dont le malade ne porte du reste plus aujourd'hui aucune trace. Or, M. le professeur Verneuil a constaté plusieurs fois à la suite d'éruptions furonculeuses cutanées l'apparition de ce qu'il appelle de véritables furoncles osseux et qui ne sont en somme que des manifestations de l'ostéomyélite. Du reste, nous voyons dans la thèse de M. Jaboulay qu'après avoir inoculé à de jeunes lapins du pus provenant d'abcès chauds il avait constaté chez ces animaux l'apparition sur le squelette de lésions d'ostéomyélite. D'après ces expériences, il est permis de conclure à l'identité entre le pus de l'abcès chaud et celui de l'ostéomyélite. En raison de ces considérations, nous sommes autorisé à regarder dans l'observation dont nous nous occupons actuellement l'anthrax que ce malade avait présenté à l'épaule comme la voie d'introduction du microbe dans l'organisme. Mais d'après ce qui précède, il ne faudrait pas

admettre que la lésion osseuse était la propagation directe de l'anthrax ; bien au contraire, la lésion profonde est indépendante des accidents cutanés. Et ce qui le prouve, c'est l'intégrité absolue des tissus intermédiaires de la peau, du tissu cellulaire, des muscles, des nerfs et des vaisseaux qui existait réellement et qui fut constatée au moment de l'opération. Tous les tissus qui séparaient la cicatrice cutanée du foyer purulent osseux étaient absolument sains. Aussi pouvons-nous considérer l'affection osseuse comme le résultat lointain de l'infection.

En somme, la seule notion qui nous paraisse devoir être admise sans contestation, comme jouant un rôle prépondérant et que nous puissions considérer comme la condition essentielle qui préside à l'étiologie de l'ostéomyélite, c'est l'existence d'une porte d'entrée pour les agents infectieux. Dans une de nos observations, elle nous apparaît très nettement, et si nous n'avons pu la découvrir dans les autres, il nous est cependant permis d'affirmer qu'elle existe.

CHAPITRE II

Historique.

L'ostéomyélite infectieuse aiguë a été considérée jusque dans ces dernières années comme étant une maladie appartenant exclusivement à l'adolescence. Aussi, est-il tout naturel que la part réservée aux adultes dans les travaux ayant trait à cette question ait été jusqu'à ce jour à peu près nulle. Il était en effet logique de penser, à une époque où l'ostéomyélite était considérée comme le résultat d'une inflammation, que cette manifestation morbide se rencontrait exclusivement chez des individus dont le système osseux est encore en voie de développement et les cartilages de conjugaison en pleine période d'activité. Mais aujourd'hui que l'ostéomyélite est considérée comme une maladie infectieuse, on doit admettre que les adultes, bien qu'incontestablement infiniment moins prédisposés, peuvent aussi subir les atteintes de l'agent d'infection.

Le premier cas d'ostéomyélite aiguë survenue chez un adulte que nous avons trouvé dans la littérature médicale est dû à Culot. Cet auteur, étudiant dans sa thèse inaugurale (Paris, 1871) l'inflammation primitive aiguë de la moelle des os, rapporte l'observation d'une femme âgée de vingt-neuf ans qui, ayant toujours joui d'une santé excellente et ne présentant rien de particulier du côté des antécédents pathologiques personnels ou héréditaires, fut prise subitement de violentes douleurs au niveau de la cuisse droite bientôt accompagnées d'un gonflement considérable. A l'autopsie, une incision faite jusqu'à l'os donna issue à une grande quantité de pus situé sous le périoste ; et en faisant une section verticale de la diaphyse, on trouva la plus grande partie de la cavité médullaire remplie par un liquide puriforme.

Il faut aller jusqu'en 1885 pour trouver le premier travail traitant exclusivement de ce sujet. Le Dr Lemoyne prit comme sujet de sa thèse inaugurale *l'Ostéomyélite aiguë chez l'adulte*. Dans cette thèse sont réunies 19 observations de périostites, ou d'ostéomyélites survenues chez l'adulte. De ces 19 observations 6 ont trait à des abcès consécutifs à des périostites, sans suppuration médullaire des os atteints et nous paraissent devoir être laissées de côté. Une d'elles (obs. XIX) est un exemple d'ostéomyélite apparue chez un jeune soldat dont l'âge n'est pas indiqué. C'est donc un cas d'ostéomyélite peut-être un peu tardive chez un homme à peine sorti de l'adolescence.

Un autre fait est probablement un exemple d'une ostéomyélite de l'humérus consécutive à une infection purulente développée elle-même à la suite d'un pana-

ris grave résultant d'une piqûre (obs. IX, service de M. A. Guérin). Dans un autre cas la suppuration opératoire du tibia s'était produite chez un homme porteur de lésions tuberculeuses aussi graves que multiples : on peut tout au moins supposer que l'affection osseuse elle aussi s'était développée sous l'influence de la même cause générale ; en tout cas il serait hasardeux de la considérer comme le résultat d'une ostéomyélite franche.

De ce total de 19 observations, il n'en reste donc que 10 où il s'agisse d'une manière à peu près certaine d'ostéomyélites infectieuses aiguës et dans 4 d'entre elles les commémoratifs font entièrement défaut. Or des 6 dernières observations, seules valables au point de vue qui nous occupe, 4 accusent l'existence indubitable d'affections osseuses graves survenues à une période bien antérieure à l'ostéomyélite chez les sujets qui en étaient atteints. Dans un cas (obs. III, M. Verneuil) d'ostéomyélite aiguë spontanée de l'humérus qui nécessita la désarticulation de l'épaule chez une femme âgée de trente ans il existait en même temps un trajet fistuleux qui aboutissait au bassin et qui remontait à quatorze ou quinze ans. Dans un cas d'ostéomyélite aiguë du fémur (obs. VIII, M. Ricard) on trouva une hyperostose fusiforme qui ne pouvait provenir que d'une ostéite fort ancienne dont le malade, en raison de son âge et de la gravité de son état, avait probablement perdu le souvenir. L'observation XV (par M. Girard) est encore plus explicite. Il s'agissait d'une femme de quarante-neuf ans qui succomba à une ostéomyélite suppurée du fémur. Elle avait eu à l'âge de onze ans une première poussée d'ostéomyélite suivie pendant toute l'adolescence d'attaques nouvelles à la suite

desquelles il lui était resté une hyperostose et une élongation de l'os malade.

Enfin chez le malade qui fait le sujet de la sixième observation (par M. Brun) ce n'était pas l'os qui fut plus tard atteint d'ostéomyélite aiguë et de fracture spontanée de l'humérus qui avait été touché par la maladie pendant l'adolescence. Le malade âgé de quarante-deux ans avait eu trente ans auparavant une suppuration du genou, peut-être une véritable tumeur blanche, plus probablement encore une ostéite épiphysaire dont les abcès fistuleux n'avaient, il est vrai, donné lieu à aucune élimination de séquestre. Si on tient compte de la multiplicité si fréquemment observée des lésions osseuses et de leur répartition sur des points souvent très éloignés du squelette, dans l'ostéomyélite on pourra supposer, tout au moins avec vraisemblance, que l'humérus avait été en même temps que le genou le siège de lésions qui, demeurées inaperçues d'abord, ne s'étaient révélées que plusieurs années après sous l'influence d'une nouvelle infection.

Deux des observations rapportées par M. Lemoyne sont assez détaillées pour permettre d'exclure d'une façon certaine l'existence antérieure d'une inflammation osseuse. Dans la XII (due à M. F. Alessandrini) l'ostéomyélite du tibia qui nécessita l'amputation paraissait avoir été provoquée par un coup. Dans l'observation IV, recueillie par M. Isambert, enfin, l'ostéomyélite s'était déclarée deux mois après une maladie fébrile assez grave sur la nature de laquelle l'auteur ne put avoir de renseignements.

Enfin en 1888 à la Société de chirurgie M. Paul Reynier déclare que, « comme chez l'enfant et l'adolescent l'inflammation aiguë et même septique du tissu médullaire peut se

produire à la suite d'un traumatisme, d'une maladie générale et surtout d'une maladie infectieuse telle que la scarlatine, la variole et la fièvre typhoïde » Il admet avec M. Bouilly que l'ostéomyélite de l'adulte est toujours la récurrence plus ou moins éloignée d'affections du même ordre survenues dans l'adolescence. A la suite d'une longue discussion M. le professeur Lannelongue conclut à l'existence de l'ostéomyélite en tant que maladie primitive chez l'adulte comme chez l'enfant et chez l'adolescent.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Les observations sur lesquelles nous nous appuyons dans cette thèse, et que nous publions plus loin, nous ont permis de constater l'existence, chez l'adulte, des diverses formes d'ostéomyélite qu'on rencontre dans l'adolescence, et qui, présentant toutes les lésions fondamentales et caractéristiques de la maladie, se distinguent les unes des autres, par des variétés dans le processus suffisantes pour donner à chacune d'elles un aspect bien particulier.

Notre observation I s'adresse à un homme âgé de quarante ans, présentant à son entrée à l'hôpital une tuméfaction considérable de la jambe gauche.

L'incision de la peau enflammée, rouge et marbrée, nous conduit dans une couche musculaire dont les interstices sont remplis par une sérosité abondante et qui commence à prendre un aspect purulent. Au-dessous nous

trouvons un périoste qui a déjà subi de graves altérations. Il est épaissi et séparé de la surface osseuse par un abondant exsudat purulent. C'est au développement de cette couche purulente sous-périostée que sont dus dans certains cas ces vastes décollements qui séparent dans toute son étendue la surface de la diaphyse osseuse du périoste voisin. Ce périoste est plus ou moins ramolli, gris, blanchâtre. Il semble sur le point de se sphacéler et de se laisser rompre par la suppuration qui alors diffusera au loin et envahira complètement les espaces intermusculaires. Au-dessous du périoste et baignant dans ce milieu purulent l'os nous apparaît d'une blancheur éclatante. C'est là un stade déjà avancé de la maladie qui a débuté pour l'os comme pour le périoste par une période de congestion. Les canaux de Havers rongés et agrandis par érosion lacunaire sont eux aussi remplis d'une moelle actuellement purulente et qui a passé par plusieurs stades d'hyperémie avec coloration vineuse avant d'être envahie par le pus. On admet chez l'adolescent que cette moelle a été la première le siège de la suppuration. Il en est de même pour l'adulte et nous voyons là aussi le pus mêlé à la moelle plus ou moins sphacélée remplir d'abord le canal médullaire, puis envahir les canaux de Havers et de là passer sous le périoste. A ce moment l'atmosphère de moelle dans laquelle baignait le tissu osseux à l'état physiologique, et qui lui assurait sa vitalité, n'existe plus. Elle est remplacée complètement par la substance purulente, et alors l'os proprement dit est enveloppé dans un véritable bain de pus. Dans les cas graves, on voit que ces désordres se produisent sur toute la longueur de la diaphyse osseuse, mais dans les cas

où nous nous trouvons en présence d'un processus pathologique d'intensité moyenne comme dans l'observation dont nous nous occupons en ce moment, les lésions ne s'étendent que sur une très faible étendue de l'os. On voit en somme que l'os est envahi dans toutes ses parties conséquentes et que le processus anatomo-pathologique est une panostéite. C'est exactement ce que nous trouvons chez l'adolescent dans les cas d'ostéomyélite infectieuse aiguë, et c'est cette forme de la maladie que l'on observe le plus souvent.

Dans l'observation II, nous avons affaire à une forme d'ostéomyélite qui ne répond pas, comme dans le cas que nous venons d'examiner, à un type classique. Ici nous nous trouvons en présence de cette variété que l'on rencontre dans le jeune âge où la maladie est très infectieuse et où l'on a pour conséquence directe la mortification des tissus. Cette observation est celle d'un homme de quarante-neuf ans atteint de l'ostéomyélite de la cuisse. Nous voyons des tissus périphériques à peu près dans le même état que précédemment. Mais après avoir pratiqué des incisions profondes sur le membre malade, on peut constater au niveau de l'os l'existence de deux esquilles. Ces séquestres primitifs étaient dans ce cas de petites dimensions, mais ils sont du même ordre que ces séquestres quelquefois énormes qu'on rencontre chez les adolescents et qui peuvent alors atteindre toute la diaphyse d'un os long ou un os court tout entier. La partie nécrosée qui a conservé à peu près sa structure a été foudroyée en quelque sorte par les produits microbiens. Lorsque l'extraction de ces séquestres est faite dès le début de leur formation, on les trouve constitués par du tissu compact

et possédant une surface plane et lisse; mais quand l'ablation a été tardive, on les trouve érodés et déchiquetés.

Le siège et l'étendue de ces séquestres ne sont soumis à aucune loi déterminée et sont absolument irréguliers. Dans les cas de nécrose diaphysaire, alors que le processus se développe sur toute la circonférence osseuse, le périoste forme une couche nouvelle de tissu osseux qui englobe les séquestres et les enferme pour ainsi dire dans une loge. Cette cavité correspond avec l'extérieur par de petits orifices destinés à conduire le pus au dehors; elle est tapissée de bourgeons charnus qui produisent une suppuration plus ou moins abondante et souvent très fétide. Ces séquestres ont un rôle absolument passif et subissent un travail de corrosion lacunaire, les éléments anatomiques creusant un sillon de séparation entre le mort et le vif. C'est l'activité des éléments médullaires qui nous explique pourquoi la surface lisse et unie des grands séquestres est érodée en certains points et pourquoi leurs extrémités sont déchiquetées. En général, la moelle est détruite en même temps que le cylindre osseux qui l'entoure.

Les deux variétés d'ostéomyélite dont nous venons d'examiner les lésions sont celles qui se rencontrent le plus fréquemment.

Mais à côté de ces formes classiques, pour ainsi dire, nous avons pu recueillir des observations d'adultes chez lesquels la maladie présentait des lésions assez particulières, quoique appartenant bien toujours au cadre de l'ostéomyélite. C'est ainsi que dans l'observation III, nous avons affaire à un homme de cinquante-quatre ans qui avait présenté deux mois avant l'affection dont il se plaint actuellement et pour laquelle il rentre à l'hôpital un

anthrax de la région de l'épaule. Là nous n'avons pas de lésions extérieures à l'os ; la peau qui est saine ne présente rien de particulier si ce n'est la cicatrice de l'incision opératoire. Dans les couches sous-cutanées rien d'anormal, aussi bien du côté du tissu cellulaire que des muscles des nerfs et des vaisseaux. Le périoste est faiblement épaissi ; il est facilement décollable de la surface de l'os dont il est séparé par une très petite quantité de pus. La présence de ce pus sous le périoste est l'indice de l'existence d'un foyer purulent dans la profondeur de l'os, et en effet, après avoir appliqué une couronne de trépan, on trouve une collection de pus considérable siégeant au centre de l'os. La forme que nous venons de décrire correspond bien à cette maladie que les auteurs ont décrite sous le nom d'ostéite névralgique. Mais dans cette forme d'ostéite, on ne trouve du côté de la substance médullaire que des phénomènes plastiques avec une moelle rouge vasculaire et formant un bouchon à consistance de caoutchouc. La moelle a une tendance à se scléroser, mais le processus n'aboutira jamais à la suppuration. C'est donc bien des lésions de l'ostéomyélite que présente ce malade. Aussi, sommes-nous parfaitement autorisé à considérer cette affection comme de l'ostéomyélite.

CHAPITRE IV

Symptômes.

Nous venons de voir que, au point de vue anatomo-pathologique, il existe chez l'adulte diverses formes d'ostéomyélite assez éloignées les unes des autres, mais présentant toutes les lésions caractéristiques et fondamentales de la maladie. Elles se distinguent par la prédominance des lésions sur certaines parties ; chez les unes, par exemple, les couches musculaires des membres sont atteintes, alors que chez d'autres il existe des lésions localisées exclusivement sur l'os et le périoste. Il est évident que chacune des variétés de la maladie se manifeste par des signes particuliers et que la symptomatologie n'est pas la même dans tous les cas. Ces formes sont du reste identiques à celles qu'on rencontre chez l'adolescent et de même que les lésions anatomo-pathologiques présentent

une intensité moindre que dans le jeune âge, de même nous pouvons constater que les symptômes de la maladie sont moins accentués.

Dans la forme classique, celle que présente le malade qui fait l'objet de l'observation I, nous constatons que le début de la maladie est le même que dans l'adolescence.

C'est tout d'abord une élévation de la température générale; mais jamais nous n'avons cette hypothermie considérable qui apparaît comme un des premiers symptômes dans le jeune âge et le thermomètre atteint à peine 39 degrés. Avec cela, le malade présente des phénomènes généraux d'infection grave, telle que céphalalgie, perte d'appétit, délire, mais tous ces symptômes sont peu marqués. Bientôt apparaît la douleur nettement localisée en un point fixe. Sourde d'abord et n'apparaissant qu'à la pression, elle augmente de jour en jour. Chez notre malade cette douleur était apparue comme premier symptôme deux mois avant l'apparition des accidents aigus; elle avait disparu complètement et reparut accompagnée alors d'élévation de la température. En même temps, elle prit une acuité particulière, devint spontanée et ne laissa plus au malade un instant de repos. C'est alors qu'apparut au niveau de l'os une tuméfaction dure, d'abord limitée en un point fixe à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du tibia gauche et qui augmenta avec une très grande rapidité, occupant bientôt toute la diaphyse.

Cet empâtement profond qui avait d'abord une consistance élastique, se ramollit peu à peu, donnant la sensation nette d'une fluctuation due à la présence du pus sous le périoste. En même temps, le pus ayant traversé le

périoste ulcéré, se répandit dans les intestices musculaires jusque sous la peau, produisant ainsi une tuméfaction énorme de tout le membre. La peau tendue rougit et des marbrures sillonnent la surface du membre indiquant ainsi le trajet des veines dilatées. Nous avons donc dans ce cas chez un adulte le processus habituel de la forme classique de la maladie telle qu'on la rencontre le plus souvent chez l'adolescent. On voit que les symptômes par lesquels se révèle la maladie sont les mêmes que dans le jeune âge. Si à cela on ajoute une élévation de température du membre atteint, on voit qu'on peut résumer ainsi la symptomatologie de la maladie dans ce cas : hyperthermie locale et générale, douleur et tuméfaction de la région envahie.

Mais à côté de la forme classique que nous venons d'examiner, l'observation III nous montre une variété de la maladie présentant un aspect très particulier. D'après les symptômes observés tout d'abord, cette maladie ressemblerait plutôt à l'ostéite névralgique. En effet, ce qui domine la scène, c'est une douleur localisée en un point fixe de l'os. Cette douleur qui était au début très faible et qui ne se révélait qu'à la pression augmente tous les jours et finit par devenir spontanée et constante. Elle se caractérise alors par son acuité et constitue la base de la symptomatologie. Les tissus voisins sont absolument sains et en examinant avec la plus grande attention les parties périphériques du membre, on constate que le processus morbide n'y a apporté aucune modification apparente. Il est également impossible par l'examen direct de l'os d'y découvrir aucune lésion. Le seul symptôme qui accompagne la douleur, c'est l'élévation de la température géné-

rale, élévation peu sensible sans doute, mais suffisante pour affirmer qu'une suppuration se fait en un point quelconque de l'organisme. Dans ce cas comme dans le précédent, on retrouve comme symptômes fondamentaux : hyperthermie, douleur.

CHAPITRE V

Diagnostic et pronostic.

DIAGNOSTIC

On est assez fréquemment exposé chez l'adolescent à prendre la maladie à son début pour une de ces affections fébriles telles que la fièvre typhoïde, la fièvre éruptive et la méningite, qui toutes débudent par un cortège bruyant de symptômes. On rencontre en effet souvent des cas où les phénomènes généraux, tels que perte d'appétit, céphalalgie, hyperthermie dominant complètement la scène. Et si l'on n'a pas soin d'examiner avec une grande attention le système osseux dans les régions pour lesquelles l'affection semble avoir à cet âge une prédilection marquée, c'est-à-dire dans les régions juxta-épiphy-saires, une erreur de diagnostic est facile. Chez l'adulte, on sera infiniment moins exposé au même danger, les

phénomènes généraux passant presque inaperçus, ou du moins acquérant exceptionnellement une intensité suffisante pour fixer sur eux toute l'attention du praticien. En effet, on sera beaucoup plus facilement et beaucoup plus rapidement amené à découvrir la localisation osseuse, la douleur apparaissant comme un des premiers symptômes et permettant ainsi de porter tout à fait au début de la maladie un diagnostic précis.

Il faudra aussi, étant donné la rareté de l'affection chez l'adulte, se garder de prendre pour une lésion tuberculeuse ce qui est en réalité de l'ostéomyélite. Mais dans le cas où il existerait quelque hésitation, en interrogeant avec soin les antécédents héréditaires du malade, en recherchant activement si lui-même n'a pas présenté antérieurement des lésions spécifiques du côté des voies respiratoires ou du système lymphatique, il sera facile d'écarter l'idée d'une lésion due au bacille de Kock, et de reconnaître la véritable origine et la nature de la maladie.

Mais lorsqu'on aura affaire à cette forme de la maladie que présente l'observation II. il sera alors beaucoup plus difficile d'affirmer l'existence d'un abcès central de l'os et de faire le diagnostic d'avec l'ostéite névralgique. Ces deux affections en effet présentent des signes à peu près identiques. Dans les deux cas, notre attention est d'abord attirée sur la douleur qui atteint un degré d'acuité tel qu'elle apparaît comme unique symptôme. A la palpation, nous n'observons rien de particulier et il nous est impossible de percevoir la moindre modification du côté du périoste et de l'os qui conservent absolument leur aspect physiologique. Aussi serait-on porté, surtout si l'on tient trop de compte de l'âge du malade, à penser à l'existence d'une

ostéite névralgique. Il est alors un symptôme qui nous permet de reconnaître la nature infectieuse de la maladie : c'est l'élévation de la température. Si à cela on ajoute la constatation d'une porte d'entrée pour les microorganismes, il sera alors aisé de faire le diagnostic d'ostéomyélite.

PRONOSTIC

Il semble que chez l'adulte le pronostic de l'ostéomyélite aiguë est beaucoup plus favorable que chez l'adolescent. En effet, dans le jeune âge on rencontre assez fréquemment des ostéomyélites à marche suraiguë contre lesquelles l'intervention est absolument illusoire ; d'ailleurs la maladie osseuse joue un rôle bien effacé et ce qui frappe surtout, c'est l'état général pour lequel la thérapeutique est d'ordre purement médical et d'effet à peu près impuissant.

Ce sont ces formes graves à marche rapide qui assombrissent alors considérablement le pronostic. Or, nous avons vu que chez l'adulte les phénomènes généraux sont très amoindris, presque effacés. Le pronostic de la maladie doit donc être beaucoup moins grave lorsqu'il s'agit de sujets adultes chez lesquels une intervention opportune doit, dans la presque totalité des cas, aboutir à la guérison. Du reste, dans nos observations nous voyons que l'issue a toujours été favorable.

CHAPITRE VI

Traitement.

Nous venons de voir que chez l'adulte l'état général est beaucoup moins atteint que dans le jeune âge. Aussi, pourra-t-il être négligé d'une façon à peu près complète dans le traitement. Il faudra recourir d'emblée à l'intervention chirurgicale qui seule sera capable de combattre avec efficacité les accidents.

La première indication en pareil cas, quand il s'agit de jeunes sujets, consiste à donner issue au pus aussitôt après sa formation. Il en sera de même pour l'adulte. Il faudra tout d'abord débrider largement le périoste et alors, si l'on constate le décollement de cette membrane sur une grande étendue, l'infiltration du tissu spongieux et l'aspect grisâtre, mat, non vascularisé du tissu compact, si de plus il existe entre l'os et le périoste une quantité de pus suffisante pour penser que le canal médullaire est lui

aussi envahi par la masse purulente, on devra alors appliquer à ce niveau une ou deux couronnes de trépan.

On tombera alors dans le foyer purulent et cette seule trépanation agissant comme un débridement médullaire sera suffisante pour arrêter la douleur. Il faudra tout d'abord s'inquiéter de favoriser l'écoulement du pus et de faire de la plaie une désinfection aussi complète que possible. En effet, comme le dit M. le professeur Ollier dans son *Traité des résections*, un os ainsi trépané et drainé peut non pas reprendre vie, mais être toléré par l'économie, surtout si l'écoulement du pus est rendu facile par la large brèche qu'on aura dû faire dans le canal médullaire. Il faudra éviter chez l'adulte dont la moelle osseuse est grasse d'introduire profondément des instruments dans le tissu médullaire, les broiements, les contusions et déchirures de ce tissu favorisant le passage dans le sang de la graisse liquide d'autant plus dangereuse dans ces cas d'ostéomyélite qu'elle agira non seulement comme obstacle mécanique à la circulation médullaire, mais comme agent septique. Aussi devra-t-on procéder avec de minutieuses précautions à la désinfection du canal médullaire et du tissu central. En général ces débridements périostiques et médullaires suivis des précautions antiseptiques les plus rigoureuses suffiront pour supprimer la douleur et arrêter les accidents. Mais si le malade se présente avec des lésions avancées et si l'os dénudé sur une certaine longueur baigne dans le pus du côté du périoste et du côté du canal médullaire, s'il est nécrosé en grande partie, on devra alors examiner s'il n'est pas nécessaire de pratiquer l'ablation ou la résection de l'os.

CHAPITRE VII

Expériences.

Nous avons recherché s'il était possible, en inoculant à des animaux adultes des cultures de staphylococcus, de produire chez eux les lésions de l'ostéomyélite. Nous avons tout d'abord injecté dans la cuisse d'un lapin une dose de $1/2$ centimètre cube de culture de *Staphylococcus pyogenes aureus* âgée de vingt-quatre heures. Deux jours après cet animal présentait une diarrhée intense, fétide et, localement, sur la cuisse rétractée une surface de la dimension d'une pièce de 5 francs sur laquelle la peau, d'une coloration jaunâtre, avait de la tendance à se sphacéler. Après avoir sacrifié l'animal, nous lui avons pris, au niveau de la cuisse, du staphylococque virulent dont nous avons inoculé à des lapins les doses suivantes : $1/10$, $1/20$, $1/20$, $1/40$, $1/50$, $1/60$, $1/100$ de centimètre cube.

Seul le lapin qui avait reçu la dose de $1/40$ est mort au

bout d'un mois et demi et, pratiquant son autopsie, nous avons observé de petits abcès du foie et du rein, mais rien du côté des os. Quant aux six autres, nous avons dû les sacrifier pour en faire l'autopsie mais nous n'avons rien trouvé d'intéressant à noter au point de vue de l'ostéomyélite.

CONCLUSIONS

L'ostéomyélite existe chez l'adulte à l'état de maladie primitive aiguë.

Elle se caractérise par une intensité des phénomènes généraux moindre que chez l'adolescent et par une localisation plus rapide des lésions osseuses.

Le traitement est le même que dans le jeune âge.

Il n'est pas possible de produire expérimentalement chez des animaux adultes les lésions de l'ostéomyélite.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON (M.)

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Édouard S..., quarante-huit ans, cultivateur.

Mère morte d'une maladie d'estomac, à cinquante-six ans.

Père mort d'une maladie inconnue à soixante-quatorze ans.

Célibataire, pas de rhumatisme, pas d'alcoolisme, pas de syphilis.

Comme antécédent pathologique, le malade a eu, en 1893, la grippe.

L'affection actuelle a débuté en février 1894, par une douleur légère à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du tibia gauche et qui était augmentée par la pression.

Cette douleur disparut au moment des chaleurs pour

reparaître au mois de septembre de la même année. La jambe prit un volume énorme et le malade entra à l'hôpital, le 22 décembre.

Il fut opéré par M. Pollosson, l'os trépané et, au bout de deux mois, le malade sort guéri.

OBSERVATION II

A. B..., âgé de vingt-neuf ans, homme d'équipe, né à Rive-de-Gier.

Mère morte d'un cancer.

Père diabétique.

Une sœur morte d'ostéite de la colonne vertébrale.

Pas marié. Pas d'enfant.

A dix ans, commencement de méningite.

Il y a deux ans, abcès qu'on a percé à la hanche gauche. Il est sorti beaucoup de pus, pas d'os. A ce moment les mouvements de la hanche étaient impossibles, mais sont actuellement revenus.

Début de l'affection actuelle deux mois et demi après l'ouverture de ce premier abcès. Le malade s'est alors aperçu d'une grosseur vers le milieu et à la face interne de la cuisse droite, grosseur qui était très peu douloureuse et qui est allée en diminuant. Cette tumeur a été traitée par des frictions iodurées. Elle est dure et non mobile, de la grosseur du poing à peu près.

Il y a quatre mois, le malade s'est aperçu d'une nouvelle grosseur au-dessus du condyle interne du fémur, elle a grossi progressivement et douloureusement. Le repos la fait diminuer, le mouvement l'augmente. Elle dépend de l'os.

Actuellement cette deuxième grosseur est d'une consistance un peu élastique, la peau n'est pas mobile ni la tumeur. La peau est rouge et enflammée. Augmentation de température locale, douleurs intermittentes.

Mouvements du genou libres.

Ne tousse pas. Bon appétit. Léger amaigrissement.

8 décembre 1894. — On fait deux incisions : une sur la face antérieure de la cuisse, l'autre au-dessus du condyle interne. De la première on sort deux esquilles ; on place deux drains (opération de M. Jaboulay).

31 décembre 1894. — Le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION III

Homme de cinquante-quatre ans, facteur en chef du chemin de fer.

Rien à noter du côté des os comme antécédents pathologiques.

Il y a deux mois il fut atteint d'un anthrax de la région de l'épaule, qui fut incisé en quatre par M. Jaboulay et qui est aujourd'hui complètement guéri.

Depuis un mois le malade éprouve une douleur très vive à la pression vers la pointe du deltoïde, irradiant quelquefois jusqu'au petit doigt et qui empêchait le malade de dormir la nuit. Il rentre à l'hôpital en août 1893.

Rien dans la peau, le tissu cellulaire, les muscles, les nerfs et les vaisseaux.

Diagnostic probable : abcès central de l'os.

Opération. — Incision vers la pointe du deltoïde, décollement du périoste à la rugine qui fait sourdre un peu de pus.

Cet abcès sous-périostique fait supposer qu'il y a encore du pus plus profondément dans l'os. M. Jaboulay procède à la trépanation de l'os qui donne issue à une quantité considérable de pus.

La tranchée osseuse est longue de 3 centimètres.

Le drainage est fait à la gaze. L'abcès siégeait dans la région juxta-épiphysaire.

C'était donc une ostéite névralgique avec abcès central consécutif à un anthrax de l'épaule gauche guéri depuis un mois.

TABLE

AVANT-PROPOS	5
CHAPITRE PREMIER. — Étiologie	7
CHAPITRE II. — Historique	11
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique	17
CHAPITRE IV. — Symptômes	23
CHAPITRE V. — Diagnostic et pronostic	27
Diagnostic	27
Pronostic	29
CHAPITRE VI. — Traitement.	31
CHAPITRE VII. — Expériences	33
CONCLUSIONS	35
Observations	37

